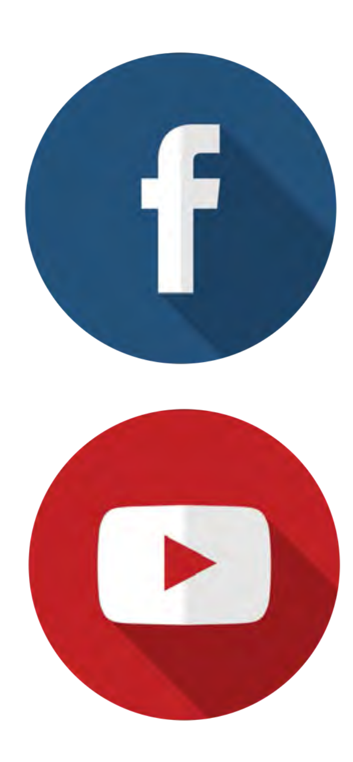
In the name of Allah, the Most Gracious, the Most Merciful







TRAITEMENT DU CANCER BRONCHIQUE

Dr BENZADI

FUMER TUE

- ***Première étape: Confirmation du diagnostic***

  (examen anatomopathologique)

- ***Deuxième étape:***

  décision thérapeutique

INTRODUCTION

3 questions principales sont à poser :

1) s'agit –il d'un CBNPC ou CBPC ?

Si CBPC : traitement médical: chimiothérapie plus ou moins radiothérapie.

2) s'il s'agit d'un CBNPC, la tumeur est-elle ré sécable?

- Bilan d'extension locorégional permettant de classer en stade **localisé, localement avancé** ou **disséminé.**

3) Si le CBNPC est résécable, le patient est-il opérable?

CHOIX DU TRAITEMENT

Les options thérapeutiques sont définies selon :

- ✓ le type histologique
- ✓ le stade de la maladie: TNM
- ✓ l'age du patient
- ✓ l'etat général : PS
- ✓ les comorbidités : respiratoires et cardiaques.....
- ✓ du projet thérapeutique du patient

NB: Les patients doivent être informés de toutes les options thérapeutiques disponibles dans leur situation avec une information sur les bénéfices attendus et les effets indésirables potentiels

1. Formes histologiques

1. Les **cancers broncho-pulmonaires non à petites cellules (CBNPC) représentent près de 85 % des cancers broncho-pulmonaires. Les formes les plus fréquentes sont :**

- l'adénocarcinome ;
- le carcinome épidermoïde ;
- le carcinome à grandes cellules.

2. Les **cancers broncho-pulmonaires à petites cellules (CBPC ou CPC) représentent près de 15 % des cancers broncho-pulmonaires.**

2. LE BILAN D'EXTENSION

- Le système de starification du cancer bronchique non à petites cellules (CBNPC) le plus utilisé est la classification TNM, version 2009.
- **Le bilan d'extension doit préciser la taille et l'extension locorégionale de la tumeur (T),**
- **la présence de métastases ganglionnaires (N)**
- **ou de métastases thoraciques ou extra-thoraciques (M).**
- T=Tumeur N = Ganglions M = Métastases

CPC

- Lors du diagnostic, environ deux tiers des patients présentent au moins une localisation métastatique (osseuse : 30 % ; hépatique : 25 % ; de la moelle osseuse : 20 % ou cérébrale : 10 %).

BILAN PRETHERAPEUTIQUE

Le bilan pretherapeutique d'un CNPC vise a évaluer les possibilités de traitement selon :

- **la resecabilite tumorale** : le bilan d'extension locorégionale et a distance permet la classification de la tumeur selon son stade TNM, déterminant pour la décision thérapeutique.
- **L'opérabilité :** l'état général et les résultats du bilan fonctionnel : permettant de repérer les éventuelles contre-indications respiratoires et cardiovasculaires a un traitement locorégional

LE BILAN D'EXTENSION
BILAN INITIAL

- Pour tout type :
- Signes d’appel / Examen clinique
- Fibroscopie bronchique
- TDM thoracique avec coupes abdominales

Echographie abdominale

NB: On s’ arrête à la découverte de la première métastase

Le bilan d’extension doit dater de moins de 6 semaines avant l’initiation du traitement

LE BILAN D'EXTENSION
AUTRES EXAMENS

- TDM cérébrale ou IRM cérébrale
- Scintigraphie osseuse
- TEP scanner(18 FDG) : Tomographie par Emission de Positons (principe métabolique)
- TDM et IRM d'autres sites………
- Prélèvements cytologiques et histologiques pour confirmer certaines métastases quant ca peut changer le traitement

LE BILAN D'EXTENSION

1. Tumeur potentiellement accessible a un traitement locorégional

- l’exploration hépatique et surrénalienne est réalisée par TDM abdominale.
- la recherche de lésion extra-cérébrale viscérale ou ganglionnaire est effectuée par TEP-TDM ;
- la recherche de lésion cérébrale est systématique pour les CBNPC par scanner injecté ou IRM ;
- La scintigraphie osseuse n’est pas indiquée si une TEP-TDM a été réalisée.
- En cas d’image suspecte, une confirmation histologique doit être discutée.

LE BILAN D'EXTENSION

2. Tumeur non accessible a un traitement locorégional

Entre 40 et 50 % des patients porteurs d'un CNPC presentent des metastases au moment du diagnostic, dont 90 % sont symptomatiques :

chez ces patients, les donnees actuelles ne permettent pas de definir l'interet ou non d'une imagerie cerebrale systematique. en presence de signes cliniques, biologiques ou radiologiques (radiographie du thorax ou

scanner thoracique) evocateurs, des examens complementaires (imagerie +/- biopsies)

sont necessaires, discutes selon la localisation suspectee et l'incidence therapeutique.

- En cas de tumeur métastatique (M+) d'emblée au scanner thoracique ou cérébral, la TEP-TDM n'est pas indiquée

Bilan d'extension

- **Particularité du bilan en cas de CBPC :**

Bilan initial avec TDM ou IRM cérébrale

- L'exploration de la moelle osseuse en cas de perturbation de l'hémogramme, non expliquée par ailleurs, une ponction ou une biopsie médullaire est réalisée.
- Le choix et la séquence des examens sont orientés par la clinique : la découverte d'un premier site métastatique justifie l'arrêt des explorations.
- La TEP-TDM n'est réalisée qu'en dernière intention, en l'absence de suspicion de métastase à l'issue des examens précédents.

Classification TNM 2010 :

- Pour la pratique on retiendra qu'il existe trois stades pour le CBNPC : localisé (stades I et II); localement avancé(stade III); disséminé (stade IV)

- Classification essentiellement pour le CNPC, pourrait être valable pour le CPC , cependant la classification du CPC en maladie limitée ou disséminée est plus simple et pertinente tant pour le pronostic que pour les indications thérapeutiques.

Classification TNM : CBNPC

EVALUATION DU T

Le bilan doit apprécier systématiquement l'extension locorégionale de la tumeur sur le scanner thoracique et la fibroscopie bronchique.

- T1
- T2
- T3
- T4

T1

- Tumeur supérieure ou égale à 3 centimètres (cm) ou moins dans sa plus grande dimension, entourée par le poumon ou la plèvre viscérale (membrane qui tapisse toute la surface du poumon), sans évidence bronchoscopique d'invasion plus proximale (c'est-à-dire plus proche de centre du poumon) que la bronchique lobaire (c'est-à-dire pas la bronche souche).
- **T1a taille** ≤ 2 cm

  Tumeur de 2 cm ou moins dans sa plus grande dimension.
- **T1b taille** > 2 cm et ≤ 3 cm

  Tumeur de plus de 2 cm sans dépasser 3 cm dans sa plus grande dimension.

T2

- Tumeur de plus de 3 cm sans dépasser 7 cm dans sa plus grande dimension ou présentant une des caractéristiques suivantes :

  - atteinte de la bronche de la bronche souche à 2 cm ou plus de la carène (point où la trachée se divise en bronches souches gauche et droite).

  - invasion de la plèvre viscérale (membrane qui tapisse toute la surface du poumon).

  - présence d'une atélectasie ou d'une pneumopathie obstructive s'étendant à la région hilaire (du hile) sans atteindre l'ensemble du poumon

- **T2a** : Tumeur > 3 cm et ≤ 5 cm dans sa plus grande dimension.
- **T2b** Tumeur T2 b : > 5 cm et ≤ 7 cm dans sa plus grande dimension.

T3

- Tumeur de taille > 7 cm
- Ou envahissant directement une des structures suivantes :

  - la paroi thoracique (y compris dans le cas de la tumeur de Pancoast), le diaphragme, le nerf phrénique, la plèvre médiastinale, pleurale ou pariétale ou le péricarde.

  - Ou une tumeur dans la bronche souche à moins de 2 cm de la carène sans l'envahir, ou associée à une atélectasie ou d'une pneumopathie obstructive du poumon entier (c'est-à-dire l'affaissement total du poumon).

  - Ou présence d'un nodule tumoral distinct dans le même lobe.



- Tumeur de toute taille :
- envahissant directement une des structures suivantes : médiastin, coeur, grands vaisseaux, trachée, nerf laryngé récurrent, œsophage, corps vertébral, carène.
- ou présence d'un nodule tumoral distinct dans un autre lobe du poumon atteint.

GANGLIONS LYMPHATIQUES RÉGIONAUX (N)

- **NX** Les ganglions ne peuvent pas être évalués.
- **N0** Pas de métastase ganglionnaire lymphatique régionale.
- **N1** Métastase dans les ganglions lymphatiques intra pulmonaires, péri bronchiques et/ou hilaires ipsilatéraux (du même côté), y compris par envahissement direct.
- **N2** Métastase dans les ganglions lymphatiques médiastinaux ipsilatéraux (du même côté) et/ou sous-carenaires.
- **N3** Métastase dans les ganglions lymphatiques médiastinaux controlatéraux, hilaires (du hile) controlatéraux (du côté opposé au côté atteint), scalènes ou sous-claviculaires ipsilatéraux ou controlatéraux.

quelques exemples de loges médiastinales d'ADP

- Loge de barety : médiastinale droite
- Latéro-trachéale:droite ou gauche
- Fenêtre aortico-pulmonaire: médiastinale gauche
- Médiastinale antérieure gauche ou pré aortique: médiastinale gauche
- Sous carenaire : au milieu (entre les 2 bronches souches : donc N2

MÉTASTASES (M)

foie, encéphale, surrénales, os , , reins, etc

- **MX :** Les métastases à distance n'ont pas pu être évaluées.
- **M0 :** Aucune métastase à distance.
- **M1 :** Métastase à distance.

  M1a : Nodule(s) tumoral distinct dans un lobe controlatéral (du côté opposé au côté atteint); tumeur avec nodules pleuraux (au niveau de la plèvre) ou épanchement pleural (ou péricardique) malin. (Origine metastatique à confirmer).

  M1b : Métastase à distance.

REGROUPEMENT DES STADES POUR LE CBNPC

- **Stade IA** $T_{1a,b} + N_0 + M_0$ **Stade IB** $T_{2a} + N_0 + M_0$
- **Stade IIA** $T_{1a,\ b} + N_1 + M_0$
  $T_{2a} + N_1 + M_0$
  $T_{2b} + N_0 + M_0$
- **Stade IIB** $T_2 + N_1 + M_0$
  $T_3 + N_0 + M_0$
- **Stade IIIA** $T_1, T_2 + N_2 + M_0$
  $T_3 + N_1, N_2 + M_0$
  $T_4 + N_0, N_1 + M$
- **Stade IIIB** Tout T + $N_3 + M_0$
  $T_4 + N_2 + M_0$
- **Stade IV** Tout T + Tout N + M_1

Les stades I et II sont qualifiés de précoces.
Les stades III et IV sont dits localement avancés et métastatiques.

Les 4 stades du CBNP

Stade	T	N	M	Survie à 5ans
IA	T1a,b	N0	M0	50%
IB	T2a	N0	M0	43%
IIA	T1a,b	N1	M0	36%
	T2a	N1	M0	
	T2b	N0	M0	
IIB	T2b	N1	M0	25%
	T3	N0	M0	
IIIA	T1,T2	N2	M0	19%
	T3	N1,N2	M0	
	T4	N0,N1	M0	
IIIB	T4	N2	M0	7%
	Tout T	N3	M0	3%
IV	Tout T	Tout N	M1	2%

Les stades du CBNPC

- Les stades I et II sont qualifiés de précoces.
- Les stades III sont dits localement avancés
- Le stade IV :stade avancé ou métastatiques.

Stades du CBPC

- Pour le carcinome à petites cellules (CBPC) :stade localisé et stade diffus

NB: Parfois on peut utilisé la classification TNM pour le CBPC

- **STADE LOCALISÉ**

La maladie est localisée lorsque la tumeur est présente seulement dans le thorax et qu'on observe le cancer dans un seul poumon, le médiastin (tissus entre les poumons) et les ganglions lymphatiques voisins (hilaires et médiastinaux homolatéraux et controlatéraux, sus claviculaire homolatéraux).

- **STADE DISSÉMINÉ OU MÉTASTATIQUE**

La maladie est disséminée, métastatique ou encore étendue lorsque le cancer s'est propagé à l'autre poumon, aux ganglions lymphatiques de l'autre côté; du thorax ou à d'autres parties du corps, notamment en dehors du thorax.

Prise en charge thérapeutique du cancer broncho-pulmonaire: Stratégie thérapeutique

BUT DU TRAITEMENT

- GUERIR stade précoces
- AMELIORER LA SURVIE
- AMELIORER LA QUALITE DE VIE

ARMES THERAPEUTIQUES

- Traitement chirurgical :traitement radical
- Radio chimiothérapie
- Radiothérapie seule
- Chimiothérapie seule/biothérpies ciblées
- Traitement des métastases: radiothérapie cérébrale +++ ,osseuses .....
- Traitements symptomatiques et soins palliatifs

La stratégie thérapeutique

La stratégie thérapeutique est définie en accord avec le patient et en lien avec le médecin traitant sur la base de l'avis rendu en réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP).

Choix du TRT

- Le dossier de chaque patient, constitué des différents examens réalisés lors des bilans diagnostique et d'extension, est discuté en réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP). Le choix de la proposition de traitement, discutée par l'équipe médicale en réunion de concertation pluridisciplinaire, se fait en prenant en compte un certain nombre de critères :
- L'âge du patient (le fait d'être âgé de plus de 70 ans n'est pas une contre-indication à un traitement intensif),
- Son état général (notamment mesuré grâce au score de performance ou à l'indice de Karnofsky),
- Les autres maladies (comorbidités) du patient et les traitements qui y sont associés,
- Le cancer : son type, sa forme, son stade, c'est-à-dire le degré d'extension de la maladie.

Bilan pretherapeutique

- Le bilan pré thérapeutique identifie les comorbidités et évalue la faisabilité des différentes options de traitement discutées dans le cadre d'une réunion de concertation pluridisciplinaire.

Ce bilan comprend systématiquement :

- une détermination du **score de performance (PS) du patient** ;
- une **évaluation nutritionnelle comprenant le calcul de l'indice de masse corporelle (IMC) et la recherche d'un amaigrissement au cours des 3 mois précédents ;**
- une évaluation du tabagisme et l'encouragement et l'accompagnement au **sevrage tabagique. Il est recommandé d'informer les patients que le tabagisme entraîne une augmentation du risque de morbi-mortalité après une chirurgie thoracique et une diminution des chances de guérison.**

Selon les cas/ Bilan respiratoire fonctionnelle(spirometrie…) et cardiaque (ECG, echocoeur,…) surtout pour les patients à opérer.

Bilan pretherapeutique

1. Evaluation de l'état général

- L'évaluation de l'état général est fondamentale pour la décision d'un traitement.

elle peut se faire par plusieurs échelles dont :

_ le Performans Status de l'OMS.

_ Index de Karnofsky .

Etat général: Performans Status (PS) : indice OMS

- 0 : Capable d'une activité identique à celle précédent la maladie, sans aucune restriction
- 1 : Activité physique diminuée mais ambulatoire et capable de mener un travail
- 2 : Ambulatoire et capable de prendre soin de soi, incapable de travailler. Alité moins de 50 % de son temps
- 3 : Capables de seulement quelques soins personnels. Alité ou en chaise plus de 50 % du temps
- 4 : Incapable de prendre soin de lui-même, alité ou en chaise en permanence

Etat général: Performans Status (PS) : indice OMS

1. **Performance status de l'O.M.S. :** ***c'est l'indicateur le plus simple et le plus rapide pour juger de l'état d'autonomie d'une personne (très utilisé en particulier en cancérologie)***

- **O.M.S. 0**: personne normale – activité physique intacte – efforts possibles sans limitation
- **O.M.S. 1:** réduction des efforts – autonomie complète
- **O.M.S. 2:** personne encore autonome – se fatigue facilement – nécessité de se reposer plus de 6 heures / jour
- **O.M.S. 3**: personne dépendante – lever possible – ne fait pas sa toilette seul
- **O.M.S. 4:** dépendance totale – état quasi grabataire_

Tout patient âgé de plus de 75 ans1 doit bénéficier d'une approche oncogériatrique, sans retarder la présentation de son dossier en RCP, afin de conduire le traitement le plus adapté

Bilan pretherapeutique

2. **L'âge** ne représente pas une contre –indication opératoire formelle (la chirurgie thoracique est possible jusqu'à 80 ans)

- L'appréciation de l'opérabilité étant beaucoup plus liée à l'existence d'une tare viscérale, artérielle notamment.

3. **L'état nutritionnel** :

La perte de poids doit systématiquement évaluée :

Une perte de poids sup 5% du poids du corps initial est un critère de mauvais pronostic .

Bilan pretherapeutique

4. Bilan cardiorespiratoire :

Les comorbidités cardio-respiraoires sont systématiquement recherchées:

_ un bilan est demandé en fonction de la sévérité de l'atteinte cardiovasculaire .

_ ECG, échographie cardiaque, épreuve d'effort , coronarographie, doppler artériel des membres inférieurs et/ou des vaisseaux du cou.

On recherchera sur le plan clinique des ATCD de BPCO, d'insuffisance respiratoire.

- Des épreuves fonctionnelles respiratoires (au minimum une spirométrie de base) avant toute chirurgie .

INDICATIONS

PRECISION:

- Resecable: se dit parapport à la tumeur selon son stade

  (stades I et II Resecable)

- Opérable : malade ne présentant pas de contre indications opératoire (age,état general,comorbidités)

- 2 situations: une tumeur peut être resecable vu son stade précoce et le malade opérable ou inopérable.

INDICATIONS

STADES I ET II CLINIQUES (tumeur resecable), PATIENT OPÉRABLE

- **Chirurgie d'exérèse complète : lobectomie ou pneumonectomie avec curage ganglionnaire**
- La suite du traitement dépend des résultats anatomopathologiques. +
- **surveillance post opératoire régulière pour détecter une récidive ou un second cancer, que le patient ait été traité par chirurgie, chimiothérapie et/ou radiothérapie.**

INDICATIONS

CBNPC DE FORMES LOCALEMENT AVANCÉES

- STADES IIIA
- STADE IIIB

INDICATIONS

CBNPC DE STADES IIIA RÉSÉCABLES CHEZ DES PATIENTS MÉDICALEMENT OPÉRABLES

- **Il n'existe pas à ce jour d'attitude thérapeutique standardisée.**

Deux attitudes peuvent être proposées :

- chirurgie d'exérèse avec un curage ganglionnaire hilaire et médiastin complet, précédée de 2 à 4 cycles de chimiothérapie à base de sels de platine
- chirurgie première avec chimiothérapie postopératoire.
- **La radiothérapie postopératoire peut diminuer le risque de rechute locale pour les stades IIIA N2 sans démonstration actuelle d'une amélioration de la survie.**

INDICATIONS

CBNPC DE STADES IIIA NON RÉSÉCABLES ET IIIB OU PATIENTS (STADES I et II) NON MÉDICALEMENT OPÉRABLES

- Il y a lieu de réaliser **une association de chimiothérapie et de radiothérapie si l'état du patient le permet**.

- L'association chimioradiothérapie concomitante est recommandée chez les patients avec PS 0 ou 1, sans comorbidité, de moins de 70 ans (entre 70 et 75 ans, elle peut être discutée) compte tenu de ses meilleurs résultats. Une technique de radiothérapie de conformation est indispensable avec évaluation précise des volumes pulmonaires irradiés. La chimiothérapie doit être à base d'un sel de platine.
- L'association chimiothérapie radiothérapie séquentielle est préconisée chez les patients PS ≥ 2 et/ou âgés et/ou fragiles.

- NB: pour les stade resecable inopérables peuvent bénéficier d'une radiothérapie seule si une chimiothérapie est contre indiquée.

  Une radiothérapie stéréotaxique est efficace chez les stades I inopérables.

INDICATIONS

STADE IV

- Une chimiothérapie ou biothérapies ciblées est le traitement de référence si l' âge et l'état du patient le permet: PS < 3 et 4

(Avant chimiothérapie ,faire une FNS, fonction rénale et évaluer la fonction cardiaque).

- Sauf en cas d'altération majeure de l'état général et/ou âge physiologique avancé ou souhait du patient : traitement symptomatique.

Cancers localisés (Stades I et II) **- Quelle que soit la taille** **- sans adénopathies médiastinales (No et N1)**	**Traitement local : chirurgie, à défaut radiothérapie si inopérable** *** Chimiothérapie adjuvante pour les stades II**
Cancers localement avancés **éventuellement** chirurgicaux (stades IIIA) -soit Kc localisés <u>et</u> N2 - Soit envahisssement des structures difficilement extirpables : médiastin, cœur, grands vaisseaux , trachée, nerf laryngé récurrent, œsophage, corps vértébral, carène T4 **<u>et</u> No** <u>ou</u> **N1** - Soit présence d'un nodule tumoral distinct dans un autre lobe du poumon atteint T4 **<u>et</u> No ou N1**	Traitement systémique (chimiothérapie)+ Traitement local (radiothérapie ou dans certains cas chirurgie)
Cancers localement avancés non chirurgicaux (stades IIIB) - Soit présence d'une adénopathie médiastinale controlatérale **N3** - Soit envahissement de structures anatomiques difficilement extirpables (**T4**) **<u>et</u>** **N2** - Soit présence d'un nodule t**umoral distinct T4 <u>et</u> N2**	Traitement systémique (chimiothérapie)+ traitement local (radiothérapie)
Kcs disséminés (stade s IV)	Traitement systémique :

Traitement du cancer broncho-pulmonaire à petites cellules (CBPC) : chimio sensible.

- la radio-chimiothérapie, pour les formes localisées au thorax et accessibles à un même champ de radiothérapie ;
- ou sur une chimiothérapie exclusive pour les formes diffuses.

NB: La chirurgie est réservée à des cas très particuliers (T1N0) suivie d'une chimiothérapie et d'une irradiation cérébrale prophylactique (IPC)

Cette IPC est indiquée aussi chez les patients en rémission complète.

Les soins palliatifs et en fin de vie

- Les soins palliatifs sont des soins actifs délivrés dans une approche globale de la personne atteinte d'une maladie grave, évolutive ou terminale.
- Ils s'adressent au malade en tant que personne, à sa famille et à ses proches, à domicile ou en institution.

- Les soins palliatifs améliorent la qualité de vie des patients et des familles confrontés à une maladie engageant le pronostic vital, en soulageant les douleurs et les symptômes, en apportant un soutien spirituel et psychologique depuis le moment où le diagnostic est posé jusqu'à la fin de la vie et au cours de la période de deuil.

Les soins palliatifs et en fin de vie

- soulagent la douleur et les autres symptômes pénibles;
- soutiennent la vie et considèrent la mort comme un processus normal;
- ne visent ni à hâter ni à différer la mort;
- intègrent les aspects psychologiques et spirituels des soins au patient;
- offrent un système d'assistance pour aider les patients à vivre aussi activement que possible jusqu'à leur décès;
- offrent un système d'accompagnement pour aider la famille à faire face pendant la maladie du patient et au cours de la période de deuil;
- ont recours à un travail d'équipe pour répondre aux besoins des patients et de leur famille, y compris en matière de conseil lié au deuil, si c'est indiqué;
- vont améliorer la qualité de vie et peuvent également influer positivement sur le cours de la maladie;

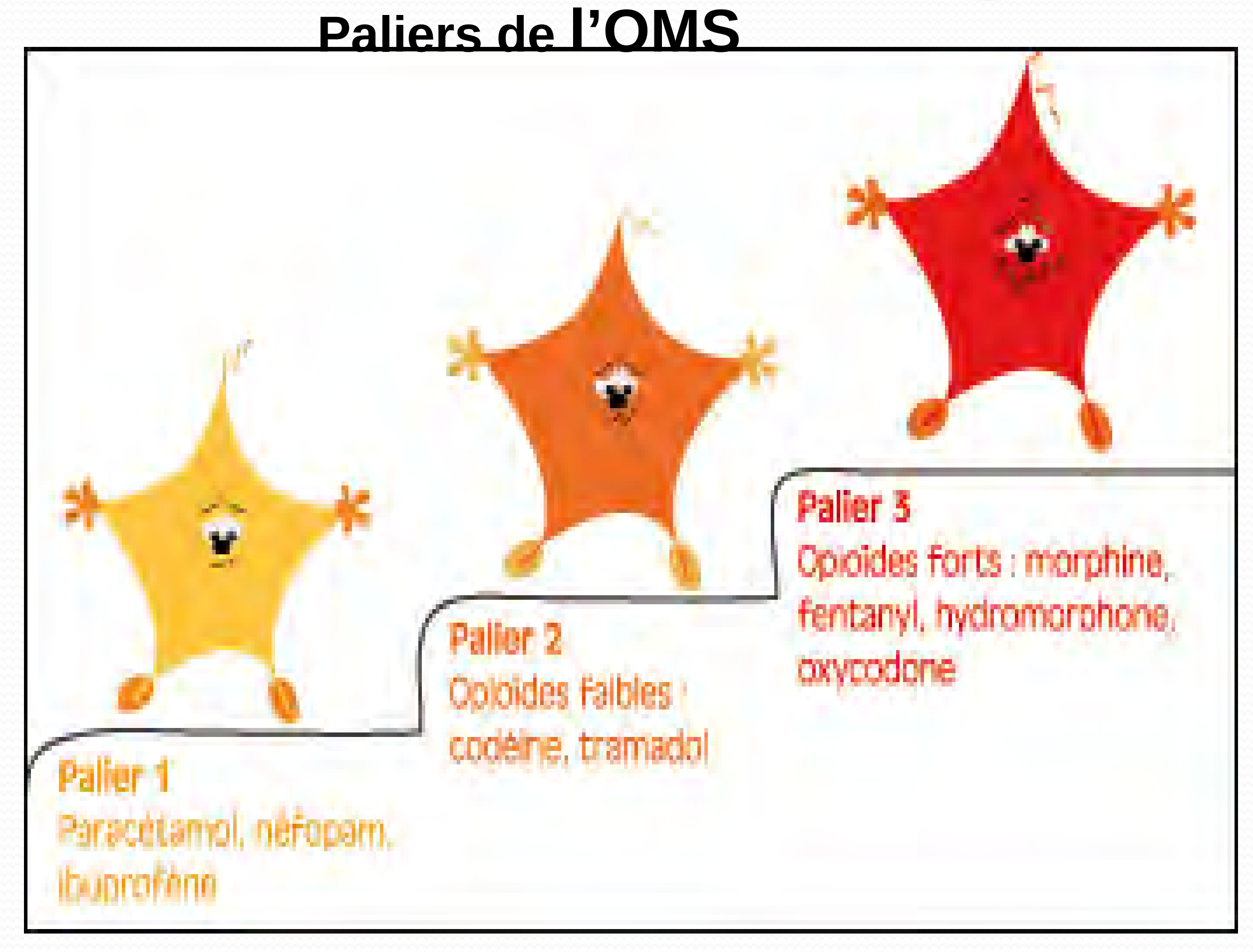
Traitements symptomatiques

► **Les traitements symptomatiques:** ces traitements doivent être entrepris dès l'apparition de symptômes quel que soit le stade de la maladie :

Ils comportent principalement la prise en charge de la douleur cancéreuse.

Traitement de la douleur par les antalgiques : après évaluation de la douleur par **l'Echelle Visuelle Analogique EVA** , et il se fera par paliers croissants en utilisant par ordre les antalgiques de classe I à III sans hésiter à recourir aux dérivés morphiniques (classe III)

Douleur cancéreuse: Paliers de l'OMS



2) Adjuvants des antalgiques:

anti-inflammatoires non stéroïdiens

biphosphanates

corticoïdes

Traitement de la composante neurogéne de la douleur par des neuroleptiques

3) Radiothérapie focale palliative à visée antalgique pour les lésions osseuses ou vertébrales menaçant la moelle épinière (risque de paraplégie), parfois une chirurgie est indiquée pour décompression;

4) T**raitement de la dyspnée** :

* En cas de lymphangite carcinomateuse : trt difficile, souvent inefficace : oxygénothérapie, corticothérapie systémique, chimiothérapie.

Traitements symptomatiques

- de l'état psychologique (douleur psychique, tristesse, dépression). Le sevrage tabagique peut majorer les troubles psychologiques ;
- de l'état nutritionnel ;
- des symptômes liés aux métastases :

 - cérébrales : la radiothérapie cérébrale hypofractionnée est le traitement de référence. Parfois la chirurgie suivie d'une radiothérapie est indiquée. La dexaméthasone est recommandée,

 - rachidiennes et osseuses : la radiothérapie et les techniques chirurgicales et de ra-diologie interventionnelle peuvent être envisagées. Les bisphosphonates peuvent être indiqués.

Traitements symptomatiques

D'autres symptômes peuvent nécessiter une prise en charge spécifique lorsqu'ils sont liés à :

- En cas d'obstruction bronchique (atélectasie): destruction d'un bourgeon interventionnelle (électrocoagulation, laser ou cryothérapie) , mise en place d'une prothèse endobronchique.
- un syndrome cave supérieur : anticoagulation, corticoïdes, discuter la mise en place. endoprothèse vasculaire (un Stent cave)
- une hémoptysie : embolisation ;
- des pleurésies récidivantes : talcage pleural ou drain à demeure ;

Les soins palliatifs

- sont mis en œuvre précocement au cours de la maladie, en conjonction avec d'autres thérapies visant à prolonger la vie, telles une chimiothérapie ou une radiothérapie.

Survie des patients

- **Survie à 5 ans du CBNPC :** Le pronostic des CBNPC est essentiellement fonction du stade de la maladie et donc de la thérapeutique choisie.

  I : 45 - 50 %

  II: 30%

  IIIA 15 % **IIIB** 5%

  IV: 1%

- **Survie du CBPC**

  Stade limité : 16 mois à 2 ans

  Stade étendu : 6 mois à 1 an (sans traitement : 1à 3 mois)

CONCLUSION

- Pas de dépistage efficace ;

- Diagnostic tardif : plus de deux tiers des cancers du poumon sont diagnostiqués à un stade avancé,

- **Les progrès thérapeutiques n'ont pas pu améliorer son pronostic.**
- **Seul traitement curatif est la chirurgie**

- Les pronostics sont généralement pessimistes. Seulement 15 % des patients atteints du cancer du poumon survivent plus de 5 ans après le diagnostic, soit 12 % chez les hommes et 18 % chez les femmes.

Le cancer le plus meurtrier chez l'homme.

Donc la seule alternative actuellement est la lutte antitabac.